

DEPARTAMENTO DE LA SALUD Y DEL AMBIENTE DE KANSAS

Oficina del Aire y de la Radiación
Sección De Control Del Asbesto
1000 SW Jackson, Suite 310
Topeka, Kansas 66612-1366
(785) 296-6024 - teléfono
(785) 296-1545 - fax



CERTIFICATION NUMBER
EXPIRATION DATE
For Office Use Only

FORMULARIO DE APLICACIÓN DEL TRABAJADOR PARA EL CONTROL DEL ASBESTO

INSTRUCCIONES GENERALES:

Este formulario de aplicación ha sido creado para proporcionar la información requerida antes de que una persona pueda ser certificada para trabajar adentro, o supervisar el trabajo y controlar el removimiento de asbestos. La sumisión completa de este formulario debe de acompañarse con el certificado(s) de entrenamiento requerido, el costo de la certificación de (\$20.00 para el trabajador de la clase I, \$40.00 para el supervisor de clase II) en la forma de un cheque o una money order pagable al Departamento de la Salud y del Ambiente Kansas Department of Health and Environment antes de que el certificado pueda ser expedido.

El formulario de aplicación terminado, el costo de la certificación, y las copias de todos los certificados del entrenamiento de AHERA se deben enviar a la dirección antedicha.

(Por favor imprima usando tinta negra o escriba a maquina)

Numero del seguro social: - - Teléfono de su casa: ( ) -

Nombre del solicitante: Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección de habitación: PO Box / Calle / Apt. N°
Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: / /

Tipo de certificación: Trabajador Clase I Supervisor Clase II

Patrón Actual:

ENTRENAMIENTO

Proporcione la información siguiente referente al entrenamiento mas reciente con el EPA o indique los cursos aprobados que usted ha terminado con éxito, según lo requerido para la certificación en Kansas, y copias de todos los certificados, entrenamiento inicial y entrenamiento de repaso, que usted ha atendido. Si esta aplicación es para la renovación de una certificación actual de Kansas usted puede someter solamente una copia del certificado de entrenamiento más reciente.

ENCIERRE POR FAVOR EN UN CIRCULO UNO DE LOS TÍTULOS SIGUIENTES DEL CURSO:

- Trabajador Inicial Del Asbesto
Repaso Inicial Del Trabajador Del Asbesto
Contratista Del Asbesto/Supervisor Inicial
Contratista Del Asbesto/Repaso para el Supervisor

Nombre de la agencia que ofrece el curso:

Nombre de la agencia que aprobó curso: EPA

Ciudad y estado donde el curso fue atendido:

Fechas en las cual(es) el curso fue atendido:

RECUERDE DE ADJUNTAR LOS CERTIFICADOS DE ENTRENAMIENTO REQUERIDOS

Certifico por este medio que toda la información proporcionada en esta aplicación está completa y correcta lo más possible de mi conocimiento.

Fecha de la firma